N° 134.

ESSAI

SUR L'ENTÉROTAXIE,

CONSIDÉRÉE

DANS L'ÉTAT NORMAL ET DANS L'ÉTAT PATHOLOGIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 *juin* 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR EDME-MARIE-ANTOINE LEMOINE.

La plupart des choses ne paraissent extraordinaires que parce qu'elles ne sont point connues; le merveilleux tombe presque toujours à mesure qu'on s'en approche; on a pitié de soi-même, on a honte d'avoir admiré. Il n'en est pas de même du corps humain : le philosophe s'étonne, et trouve l'immense grandeur de Dieu dans l'action d'un muscle comme dans le débrouillement du chaos.

MONTESQUIEU, Discours sur les glandes rénales.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Suppléant.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy, *Suppléant.*
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

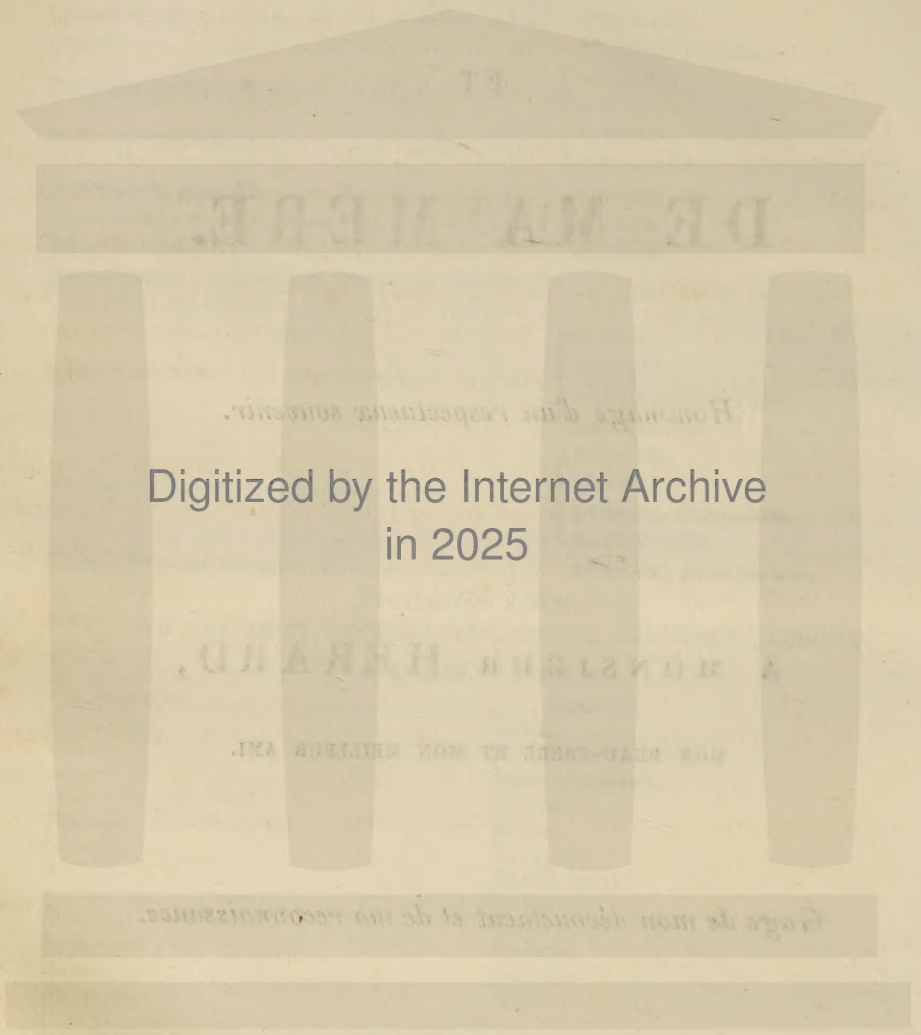
Hommage d'un respectueux souvenir.

A MONSIEUR HÉRARD,

MON BEAU-FRÈRE ET MON MEILLEUR AMI.

Gage de mon dévouement et de ma reconnaissance.

E.-M.-A. LEMOINE.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlenterot0005unse

PRÉFACE.

Entré bien tard dans la carrière médicale, j'ai choisi pour sujet de ma thèse un fait anatomique sur lequel un honorable et savant professeur appela un jour l'attention de ses nombreux auditeurs. Traitée par un observateur habile et placé dans une position qui lui aurait permis de réunir des faits nombreux, elle offrirait sans doute de l'intérêt. De ces deux conditions, l'une m'a été interdite par mon âge : quant au talent d'observer, c'est l'heureux et rare apanage de quelques êtres privilégiés ; il brille d'un vif éclat chez les hommes distingués que Paris voit avec orgueil à la tête de son École, et que l'Europe nous envie. Si mes juges accordent leur approbation au désir que j'ai eu de bien faire, je m'estimerai heureux.

Beaucoup de nouvelles locutions ont été introduites dans le langage médical ; je propose cependant le mot *entérotaxie*, qui me semble exprimer d'une manière concise et claire l'objet de mon travail.

J'ai consulté un grand nombre d'auteurs pour me guider dans les généralités sur le canal intestinal. N'ayant pas pu observer par moi-même assez de faits, j'ai pris dans leurs ouvrages quelques-uns de ceux qui m'ont paru avoir avec elle le plus de rapports.

Dirai-je ici les nobles consolations que m'a données l'étude de la médecine et des sciences qui s'y rattachent, alors que l'on me fermait une carrière à laquelle j'avais consacré mes plus belles années et la majeure partie de ma fortune ? Une fois élevé, a dit un savant illustre, à la contemplation de cette harmonie de la nature irrésistiblement réglée par la Providence, que l'on trouve faibles et petits ces ressorts qu'elle a bien voulu laisser dépendre du libre arbitre des hommes ! Je puis maintenant dire, avec Vitruve, de l'état que j'ai acquis : *Namque ea sunt vera præsidia vitæ quibus neque fortunæ iniquitas, neque publicarum rerum mutatio, neque belli vastatio potest nocere.*

Qu'il me soit permis d'adresser mes remercîmens à MM. les professeurs *Andral* et *Cruveilhier*, qui ont bien voulu m'aider de leurs conseils et encourager mes efforts ; je conserverai toujours pour eux une vive et sincère reconnaissance.

ESSAI

SUR L'ENTÉROTAXIE,

CONSIDÉRÉE

DANS L'ÉTAT NORMAL ET DANS L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

Je diviserai mon travail en trois sections : dans la première, après une description succincte sur le canal intestinal de l'homme, que je comparerai à celui des animaux, je traiterai de l'entérotaxie dans l'état normal ; dans la seconde, je parlerai de ses modifications par les phénomènes physiologiques, et de celles qui reconnaissent pour cause une lésion des organes en rapport avec les intestins ; je citerai quelques-unes des observations remarquables que m'a offertes la lecture des auteurs, et celles, en trop petit nombre, sans doute, qu'il m'a été donné de recueillir : une troisième et dernière sera consacrée à la discussion des modifications de l'entérotaxie qui peuvent se concilier avec la continuation de la vie, et celles avec lesquelles celle-ci est incompatible.

SECTION PREMIÈRE.

Du canal intestinal.

Le canal intestinal de l'homme, comme celui des vertébrés, se présente sous la forme d'un cylindre irrégulier, garni de plusieurs appendices glandulaires, étendu de la bouche à l'anus, offrant divers renflemens et rétrécissemens, et formant un grand nombre de flexuosités auxquelles on a comparé les circonvolutions du cerveau : revêtu par le péritoine, il est suspendu au mésentère, repli de la séreuse abdominale ; au-devant de lui est un prolongement flottant de la même membrane, nommé *épiploon :* sa portion œsophagienne répond d'abord parfaitement à la ligne médiane, puis elle se dévie sensiblement à gauche et de plus en plus jusqu'à l'orifice cardiaque de l'estomac. Celui-ci affecte généralement une direction transversale ; cependant la grosse extrémité est un peu plus élevée que la pylorique. La direction du duodénum change deux fois d'une manière bien remarquable ; des trois courbures qui en résultent, la première, dirigée horizontalement en arrière et un peu à droite, se termine près du col de la vésicule biliaire ; la seconde est presque perpendiculaire, et finit à la hauteur de la troisième vertèbre du dos ; la direction de la troisième est transversale et se termine au-dessus des vaisseaux mésentériques supérieurs.

Si l'on fait abstraction de la masse qui constitue la plus grande partie de l'intestin grêle, et que l'on examine l'endroit où il commence et celui où il finit, on verrra que la direction en est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Le cœcum et le colon interceptent une aire à peu près circulaire, au milieu de laquelle se trouve l'intestin grêle. Il est difficile d'assigner une direction au cœcum, dont les diamètres sont à peu près égaux.

Vertical à droite, le colon devient horizontal dans le milieu de

son trajet; à gauche il reprend la position verticale; au moment où il finit, il présente une courbure à peu près semblable à une *S* italique.

Le rectum, dans son origine, est dirigé un peu obliquement de gauche à droite; il correspond ensuite à la ligne médiane; mais dans sa partie inférieure il la déborde un peu à droite, comme l'ont prouvé les recherches de *Béclard*.

La longueur de l'intestin grêle, mesurée depuis la fin de l'estomac jusqu'à l'anus, est égale à dix ou douze fois celle du tronc. Les deux termes de comparaison, selon *Bichat*, ne sont pas ici proportionnés et relatifs l'un à l'autre, à cause du peu de proportion qui existe entre le volume des viscères gastriques et la stature générale du corps.

La forme des diverses parties du canal intestinal, examinée dans sa portion sous-diaphragmatique, est différente, mais leur texture est identique. Trois membranes concourent à le former: si on les étudie de dedans en dehors, on trouve d'abord la membrane muqueuse. Examinée sur un animal vivant, dont on ne gênait pas la respiration, elle a paru à M. le professeur *Andral* d'un rouge un peu plus foncé que n'est, pendant la vie, la couleur de la membrane muqueuse buccale; mais, après la mort, elle est uniformément pâle ou d'une teinte très-légèrement rosée; la couleur en est d'ailleurs souvent altérée par la transsudation cadavérique du sang, des féces, de la bile, etc.

Très-mince et demi-transparente, elle forme, à raison de son excès d'étendue relativement aux deux autres membranes, des rides, des replis et des valvules: on ne trouve les premières que dans l'estomac et le rectum; les valvules conniventes, plus nombreuses au commencement de l'intestin grêle qu'à sa terminaison, sont constantes; le tissu cellulaire sous-muqueux pénètre dans l'espace intercepté entre ses lames, et les maintient au moyen d'une remarquable disposition: on remarque enfin la valvule du pylore et celle qui existe à l'endroit où l'intestin grêle s'abouche avec le gros intestin; mais, outre le tissu cellulaire, il entre des fibres musculaires dans leur composition.

Examinée sous l'eau ou à l'aide d'une bonne loupe, la surface

libre de la muqueuse offre des villosités; elles sont très-nombreuses dans la moitié pylorique de l'estomac et dans la partie supérieure de l'intestin grêle, elles rappellent l'aspect d'un gazon touffu : plusieurs anatomistes les ont comparées aux papilles tégumentaires; on y retrouve, en effet, la même composition; mais dans celles-là domine l'élément absorbant, dans les autres c'est l'élément nerveux.

Elle offre une multitude de petits enfoncemens, qui sont les orifices des follicules muqueux dont elle est munie : d'abord solitaires, ils constituent, par leur réunion vers la fin de l'intestin grêle, des plaques qui proéminent légèrement au-dessus d'elles, et qui ont reçu le nom de *glandes de Peyer.*

Elle est dépourvue d'épiderme; plusieurs anatomistes regardent comme telle la couche de mucus qui la lubrifie.

Une couche de tissu cellulaire fibreux unit la face adhérente de la muqueuse aux parties sous-jacentes : on lui a donné le nom de *membrane nerveuse*, de *tissu cellulaire sous-muqueux;* il pénètre dans l'intervalle qu'interceptent les replis de la muqueuse, pour former les valvules conniventes; il envoie à leur base des prolongemens qui n'en permettent pas l'effacement lorsqu'on distend l'intestin.

Vient ensuite la membrane musculaire; elle ne manque nulle part; mais étudiée dans ses divers points, elle offre une disposition différente. A l'estomac nous trouvons, indépendamment de la couche circulaire commune à tout le canal intestinal, des fibres longitudinales, mais rares, et des plans obliques qui lui sont propres. Dans l'intestin grêle, la couche longitudinale, très-mince, occupe toute la circonférence du canal; elle adhère fortement aux fibres circulaires. Dans le gros intestin, elle est condensée en trois bandes rubanées; beaucoup plus courtes que le reste des parois de l'intestin, elles forment, en le raccourcissant, les bosselures qu'on y remarque. Distinctes dans toute la largeur de l'intestin, on les voit dans le cœcum et dans le rectum se confondre par leurs bords.

C'est le péritoine qui forme la troisième membrane; ici, se réflé-

chissant de la paroi postérieure de l'abdomen sur le canal intestinal, il forme des freins plus ou moins prolongés, qui renferment les vaisseaux et les nerfs, et qui le soutiennent ; nous le voyons dans d'autres points unir deux organes ensemble ; puis, dans quelques endroits, se prolonger avec les vaisseaux, sous forme de franges flottantes qu'on nomme *appendices épiploïques*.

Au canal gastro-entérique appartiennent les artères coronaire, stomachique, mésentérique supérieure et inférieure, qui viennent de la partie antérieure de l'aorte ; ses veines concourent, avec la veine splénique, à former les racines de la veine-porte. Ses vaisseaux lymphatiques traversent de nombreux ganglions et se rendent dans la partie inférieure du canal thoracique ; ses nerfs lui sont fournis par le pneumo-gastrique et par le grand sympathique.

Les vaisseaux mésentériques supérieurs fournissent les artères de la première moitié du gros intestin ; la moitié gauche et inférieure reçoit les siennes des mésentériques inférieurs. Ses vaisseaux lymphatiques, après avoir traversé les glandes lymphatiques de la racine du mésentère, de l'intestin grêle se rendent dans le canal thoracique. Les deux plexus mésentériques fournissent les nerfs du colon.

Le rectum est muni d'artères très-nombreuses, qui lui sont fournies par la fin de la mésentérique inférieure, par des rameaux de l'hypogastrique, par des divisions de la honteuse interne. Ses veines sont multipliées ; elles se rendent dans la mésentérique inférieure ; quelques rameaux se déchargent dans la veine hypogastrique. Indépendamment des nerfs qui lui viennent du grand sympathique, le rectum en reçoit des nerfs sacrés.

L'usage du canal intestinal n'est pas douteux : les alimens divisés par les dents, pénétrés par la salive, descendent dans l'estomac par un mécanisme fort compliqué et très-curieux ; soumis dans le ventricule à l'action du suc gastrique, ils sont convertis en une pâte pultacée, plus ou moins homogène, d'une saveur fade, nommée *chyme*. Parvenue dans le duodénum, elle y est imprégnée par la bile et par le fluide pancréatique, et tandis que le chyle, dont la formation

n'est pas encore bien connue, est absorbé par les nombreux vaisseaux ouverts à la surface de la muqueuse, puis porté dans le canal thoracique, qui le verse dans le torrent de la circulation, la partie non assimilable parcourt lentement le reste du canal intestinal, et est enfin rejetée au dehors par l'action combinée du rectum, du diaphragme et des muscles abdominaux.

Le canal alimentaire est animé de mouvemens péristaltiques qui font cheminer les alimens ou les féces qu'il contient. J'ai eu occasion de vérifier souvent sur les animaux sacrifiés dans les expériences physiologiques la justesse de cette observation, d'ailleurs faite depuis long-temps, que ce mouvement augmente d'activité au moment où cessent les autres phénomènes de la vie ; aussi un savant professeur a-t-il conseillé d'agir surtout sur les intestins dans les soins propres à rappeler à la vie les asphyxiés.

De l'accomplissement régulier des fonctions de l'estomac dépend en grande partie la santé ; l'homme sobre, qui répare ses forces dans une juste proportion, peut se livrer avec succès à la méditation et à l'étude ; celui qui, au contraire, néglige ces préceptes de la sagesse, voit s'éteindre chez lui ces nobles facultés par lesquelles il se rapproche de la divinité, et passe des saillies brutales de l'ivresse à une stupidité qui le ravale au rang des animaux. La philosophie, a dit l'illustre auteur du Traité de l'aliénation mentale, marche avec sagesse entre deux extrêmes également destructeurs ; elle aime, à l'exemple d'Horace, à dérider son front avec des amis choisis, et autour d'une table où règne, non une profusion fastidieuse, mais le goût, l'élégance, une nourriture saine ; elle se fait d'ailleurs une heureuse habitude de la sobriété, et regarde, avec Pythagore, les fonctions de l'estomac comme le premier mobile de l'économie animale, le plus ferme soutien de la santé, de la sérénité d'âme et du bonheur.

La faculté digestive est-elle uniquement départie à l'estomac. Des expériences curieuses prouvent qu'il se fait une absorption active dans la profondeur des organes. J'ai entendu dire à M. *Bretonneau*, pendant son dernier séjour à Paris, qu'ayant mis dans la cuisse d'un

chien un morceau de cœur de mouton, il n'avait pas retrouvé, au bout de plusieurs jours, le moindre vestige de ce corps étranger.

On croit que la muqueuse gastro-entérique peut, dans certaines circonstances, sécréter des gaz.

Sœmmering a remarqué que chez la femme l'estomac était plus petit, plus arrondi; il offre beaucoup d'ampleur chez les gros mangeurs; dans certaines circonstances pathologiques, il est presque réduit au calibre de l'intestin grêle. Les anatomistes ne sont pas d'accord sur la manière dont se forme le canal intestinal. Selon *Meckel*, il est constitué par la vésicule ombilicale, qui produit une petite saillie de chaque côté, ensorte que, dans l'origine, l'intestin a la forme d'une gouttière ouverte par-devant; cette gouttière se ferme peu à peu par l'accroissement de ses parois d'arrière en avant, de haut en bas et de bas en haut. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent les flexuosités.

Nous trouvons dans les quadrumanes des intestins assez semblables à ceux de l'homme; ceux des carnassiers sont moins volumineux, à cause de la nature substantielle de leurs alimens. L'estomac des marsurpiaux est formé de deux longues poches divisées en boursouflures comme un colon. La longueur du canal intestinal chez les rongeurs est très-considérable; le cœcum est quelquefois plus volumineux que l'estomac. Dans les édentés, dont la conformation est d'ailleurs si singulière, l'estomac est divisé en quatre sacs assez analogues aux quatre estomacs des ruminans, mais sans feuillets ni autres parties saillantes à l'intérieur. L'estomac de l'ornithorinque est petit, oblong; le pylore est près du cardia. Les pachydermes proboscidiens, qui par quelques détails de leur anatomie se rapprochent des rongeurs, ont un énorme cœcum. Le mode d'insertion de l'œsophage à l'estomac du cheval rend impossible le vomissement. Les ruminans ont toujours quatre estomacs; l'œsophage aboutissant au point de communication des trois premiers, les alimens peuvent à volonté entrer dans l'un des trois. Le nombre des poches stomacales est encore plus considérable dans les cétacés ordinaires; on en compte

quelquefois jusqu'à sept. Dans les oiseaux, trois parties forment l'estomac : le jabot, qui est un renflement de l'œsophage, et dont on trouve chez l'homme un faible rudiment ; le ventricule succenturié, qui est pourvu de glandes nombreuses ; et enfin le gésier, armé de deux muscles vigoureux et tapissé en dedans par une membrane veloutée et cartilagineuse. Les follicules muqueux de l'estomac de l'hirondelle de Java sécrètent un fluide dont cet oiseau se sert, dans les premiers temps, pour nourrir ses petits, dans le bec desquels il le fait parvenir par regorgement. L'estomac des chéloniens est simple et fort, leurs intestins de longueur médiocre et dépourvus de cœcum. Dans les poissons, le canal intestinal varie singulièrement pour l'ampleur, la figure, l'épaisseur et les circonvolutions. L'estomac des mollusques est tantôt simple, tantôt multiple, souvent muni d'armures particulières ; leurs intestins sont diversement prolongés. Dans les crustacés, le tube intestinal est court et droit ; dans plusieurs espèces, la partie pylorique de l'estomac est armée de très-petites dents. Ce n'est enfin que dans les animaux placés au dernier degré de l'échelle que les excrémens ressortent par la bouche, et que l'intestin a la forme d'un sac sans issue.

Plusieurs zootomistes distingués regardent l'intestin comme une continuation de la peau ; ils ont fait ressortir, avec les ressources d'un brillant génie, leur identité de composition et l'analogie qui existe entre leurs fonctions ; mais, comme l'a fait observer un savant anatomiste, on ne voit point dans la masse gélatineuse qui constitue l'embryon la peau formée d'abord à la périphérie s'enfoncer dans les ouvertures naturelles pour aller constituer l'intestin.

Les principaux vices de conformation originelle de l'intestin sont son absence, qui n'a guère lieu que dans l'acéphalie complète ; l'absence totale du gros intestin est rare ; cependant on voit quelquefois manquer une de ses extrémités ; son diamètre peut être diminué ou même oblitéré : cette dernière lésion se remarque ordinairement au voisinage de l'anus.

Parmi les vices accidentels de conformation de l'intestin, on re-

marque des dilatations, des rétrécissemens, des intussusceptions, etc. Les différentes altérations de sécrétion, de texture, dont il est le siége, forment l'une des branches les plus importantes de la pathologie interne.

Des calculs biliaires, des concrétions intestinales s'y rencontrent aussi. Dans certaines conditions, parmi lesquelles on doit compter un air froid et humide, il s'y développe des corps étrangers animés, le tricocéphale, l'ascaride lombricoïde, le tænia solitaire et l'oxyure vermiculaire. Plusieurs savans ont pensé que les germes en étaient introduits du dehors; mais on n'a jamais vu, je pense, le tæniă autre part que dans les corps organisés. Comment expliquer d'ailleurs, dans cette hypothèse, la présence d'êtres vivans dans le parenchyme de plusieurs organes?

Le dégagement rapide et considérable de gaz qui se fait quelquefois dans les intestins après une mort violente et prompte, détermine des phénomènes remarquables; le diaphragme, repoussé en haut, fait sortir du mucus par la bouche ou par les narines; le sang, refoulé dans le cou et la tête, produit l'éclat des yeux, le resserrement de la pupille, et donne à la face un aspect réellement effrayant.

La putréfaction commence par l'abdomen, à raison des matières excrémentitielles qui y sont accumulées; les intestins s'imbibent de liquides, deviennent gluans, verdâtres, leur texture disparaît enfin complètement, et au bout d'un temps plus ou moins long il se réduisent en un putrilage semi-liquide qui exhale une odeur infecte et les miasmes les plus malfaisans.

De l'entérotaxie dans l'état normal.

La face supérieure de l'estomac, inclinée en avant et un peu à droite, est couverte par le foie; en arrière et à gauche elle touche au diaphragme; en devant, vers sa partie moyenne, elle est en contact avec le feuillet pariétal de la séreuse abdominale. Par sa face infé-

rieure, le ventricule est contigu au mésocolon transverse, à l'arc du colon et au pancréas. Son bord antérieur, incliné en bas, est convexe; le grand épiploon s'y attache dans toute son étendue; il est en rapport avec la partie postérieure des cartilages costaux, de l'appendice xyphoïde du sternum; il touche à la paroi antérieure de l'abdomen dans l'intervalle qui sépare les cartilages des côtes droites de ceux des côtes gauches.

Le bord postérieur, incliné en haut, correspond au petit lobe du foie et à l'artère aorte; l'épiploon gastro-hépatique s'y attache dans toute son étendue.

La grosse extrémité de l'estomac est arrondie, la rate couvre sa partie supérieure; sa partie moyenne donne attache au grand épiploon; elle répond, par sa partie inférieure, à l'extrémité gauche de l'arc du colon et au mésocolon transverse.

La première portion du duodénum mesure l'espace compris entre le pylore et le col de la vésicule biliaire; elle présente une courbure dont la convexité est tournée en haut, en arrière et à droite; la concavité regarde en bas, en devant et à gauche. La partie convexe est recouverte par le péritoine; elle est contiguë au foie et à la vésicule biliaire; par sa partie concave elle correspond aux vaisseaux biliaires et à l'artère gastro-épiploïque droite, ainsi qu'au pancréas.

La longueur de la seconde portion du duodénum varie chez les différens sujets; elle s'étend quelquefois jusqu'à la partie inférieure du rein; on la vue, dans quelques cas rares, descendre jusqu'au cœcum. Assez droite dans sa partie supérieure, elle décrit inférieurement une courbure dont la convexité est tournée en dehors et en bas, la concavité en dedans et en haut. Supérieurement elle est couverte par l'extrémité droite de l'arc du colon, et inférieurement par le péritoine; elle correspond par la face postérieure à la veine cave inférieure et au rein droit. Placé entre le rein et l'intestin colon, le côté externe est plongé dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine; son côté interne correspond au pancréas.

Beaucoup plus longue que les deux autres, et légèrement flexueuse, la troisième portion du duodénum est située dans l'épaisseur du bord postérieur du mésocolon transverse. Sa direction est oblique de droite à gauche et de bas en haut; les vaisseaux mésentériques supérieurs passent sous l'arcade qu'elle présente au côté gauche de l'aorte, à l'endroit où se réunissent le mésocolon transverse et le mésentère. Sa face postérieure couvre la veine rénale droite, la veine cave, l'aorte et le mésentère; une assez grande quantité de tissu cellulaire l'unit à ces parties. Sa face antérieure, couverte par la lame inférieure du mésocolon transverse, correspond à l'arc du colon. Le pancréas couvre son côté supérieur; mais, à gauche, il en est séparé par les vaisseaux mésentériques supérieurs.

Les anciens anatomistes ont divisé en deux parties l'intestin grêle; ainsi ils ont nommé *jéjunum* la première portion qu'on trouve ordinairement vide, et la seconde *iléon*, à raison de ses nombreuses circonvolutions. Cette division est purement arbitraire; et, en effet, sur quelle différence peut-on établir la fin du jéjunum et le commencement de l'iléon? *Winslow*, trouvant trop vagues les limites qu'on avait établies, se fondant sur de légères nuances de couleur, de position, sur un nombre plus ou moins considérable de valvules conniventes, considéra l'intestin grêle comme partagé en cinq portions; il donna le nom de *jéjunum* aux deux premières, réservant celui d'*iléon* pour les trois autres.

L'intestin grêle forme une grande courbure qui, par sa concavité, tient au mésentère, et dont la convexité est libre et flottante; il occupe la plus grande partie de l'abdomen; il est situé au-dessous du mésocolon transverse et de l'arc du colon, au-dessus de la vessie et du rectum, devant le mésentère, le cœcum et les portions lombaires et iliaques du colon; le grand épiploon recouvre sa partie antérieure. On rencontre dans la région ombilicale les circonvolutions du jéjunum; celles de l'iléon occupent l'hypogastre, les régions iliaques et l'excavation du bassin.

Le cœcum, placé dans la fosse iliaque droite, qu'il remplit presque

en entier, se continue en haut avec le colon lombaire droit; en devant et sur les côtés il répond aux parois de l'abdomen et à l'intestin grêle; sa partie postérieure adhère aux muscles iliaque et psoas.

La portion ascendante du colon est située dans la région lombaire droite, elle se continue en bas avec le cœcum; supérieurement elle s'approche de la vésicule du fiel. Sa partie antérieure est recouverte par le péritoine, et répond aux intestins grêles; en arrière, une assez grande quantité de tissu cellulaire l'unit au muscle carré des lombes; en dedans, elle adhère au feuillet droit du mésentère et à la lame inférieure du mésocolon transverse. La face supérieure de l'arc du colon correspond de droite à gauche au foie, à l'estomac et à la rate; la face postérieure répond aux intestins grêles. Le bord antérieur est en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen, et donne attache au grand épiploon. Le mésocolon transverse s'attache à son bord postérieur.

Les rapports de la partie antérieure du rectum ne sont pas les mêmes chez l'homme et chez la femme, à raison de la différence des organes qui occupent l'excavation pelvienne. Chez l'homme, elle est supérieurement recouverte par le péritoine, et est contiguë à l'intestin grêle et à la partie supérieure et postérieure de la vessie. Dans son tiers inférieur la séreuse abdominale manque; il correspond au bas-fond de la vessie, aux vésicules séminales, à la prostate, à la portion membraneuse de l'urètre : un tissu cellulaire assez lâche l'unit à ces diverses parties.

Chez la femme, il répond à la partie postérieure de l'utérus et à une petite portion de la paroi postérieure du vagin. Dépourvu inférieurement de péritoine, il adhère intimement à ce conduit : avant de se terminer cependant il s'en écarte un peu; de là résulte un espace triangulaire dont le sinus est inférieur.

La partie postérieure du rectum manque ordinairement de péritoine, quelquefois cependant un repli de cette membrane le lie au sacrum; elle correspond de haut en bas au sacrum, au coccyx, aux

muscles releveurs de l'anus et à la partie postérieure du sphincter externe.

SECTION II.

Modification de l'entérotaxie normale.

Telle est l'entérotaxie dans son état normal ; mais ses modifications sont bien nombreuses. Tantôt une partie ou la totalité du tube digestif est placée hors de l'enceinte abdominale ; d'autres fois le tube digestif est circonscrit, comme de coutume, par les parois de l'abdomen ; mais ses diverses parties n'occupent plus leur situation normale. Il résulte de ces différences deux classes bien déterminées, dans lesquelles M. le professeur *Andral* a rangé tous les vices de situation de l'intestin.

Les modifications de l'entérotaxie sont produites par des causes prédisposantes et par des causes efficientes. Les causes prédisposantes, qui ont trait aux vices de situation de la première classe, sont, la mobilité des viscères, leur situation près de l'anneau inguinal, de l'anneau crural, de la cicatrice ombilicale, près de l'ouverture triangulaire par laquelle le tissu cellulaire du médiastin antérieur communique avec celui de l'abdomen, ouverture étudiée par *Morgagni*, et sur laquelle *Bichat* a plus particulièrement fixé l'attention, près de la ligne blanche, etc. ; la faiblesse naturelle ou acquise de ces ouvertures ; elle peut se manifester accidentellement dans d'autres parties de l'abdomen, à la suite des plaies pénétrantes, après les opérations chirurgicales qui intéressent cette région. On a compté parmi elles la grossesse, l'équitation, la station à genoux prolongée. On éprouve de l'étonnement en pensant qu'on y a rangé pendant longtemps l'usage habituel des alimens huileux ; on aurait dû se rappeler que, soumis à l'observance exacte d'une discipline austère, les religieux passaient à genoux la plus grande partie du jour, et que cette position, qui favorise singulièrement la pression des viscères abdo-

minaux contre la paroi antérieure et inférieure de l'abdomen, était une cause autrement puissante de déplacement que l'usage exclusif du genre d'alimens qui leur était imposé. Les hernies se manifestent fréquemment chez les sujets qui, après avoir été chargés d'embonpoint, maigrissent beaucoup dans un court espace de temps. On a encore rangé parmi elles la compression exercée par des corsets trop serrés et par la ceinture étroite d'un pantalon.

Parmi les causes efficientes, on compte le poids des viscères chez les personnes très-grasses, la chute sur les pieds, les genoux, les fesses, et surtout la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux. Or, elle se produit instinctivement lorsqu'on exerce un effort plus ou moins puissant, par exemple, lorsqu'on lève des fardeaux pesans, pendant les douleurs de la seconde période de l'accouchement, lors du vomissement, de la défécation, de l'expulsion de l'urine.

Convenons ici qu'il est bien difficile d'assigner les causes prédisposantes des vices de situation de la seconde classe. Appuyé sur l'expérience et l'observation, l'homme fait chaque jour de nouveaux pas qui l'approchent de plus en plus de son but; mais il est de sa destinée de ne pouvoir jamais l'atteindre. Revêtu de sens bornés, trop souvent trompé par ces guides infidèles, il ne peut deviner qu'incomplètement et par parties les mystères de la nature.

Parmi les causes efficientes, nous compterons la distension de l'utérus par le produit de la conception, celle de la vessie par l'urine, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, l'ascite, les tumeurs des reins, du foie et de la rate.

Les modifications de l'entérotaxie sont aussi congénitales. Une des plus remarquables est la transposition complète des viscères abdominaux. Ainsi le grand cul-de-sac de l'estomac se trouve à droite, son extrémité pylorique à gauche; le duodénum occupe à gauche la même place qu'il occupe ordinairement à droite; le cœcum est placé dans la région iliaque gauche; le colon ascendant se trouve dans le flanc du même côté; l'S iliaque, située dans la fosse iliaque droite, termine

le colon descendant. Ordinairement il y a, dans ce cas, transposition des autres viscères abdominaux ; les viscères thoraciques y participent aussi : cependant cela n'arrive pas toujours, et réciproquement. Ainsi, M. le docteur *Blandin* a présenté, à l'une de ses leçons, le cadavre d'un jeune enfant dont le poumon, à trois lobes, était à gauche, sans qu'il y eût transposition de viscères abdominaux. Chez un malade que j'ai observé à l'hôpital des vénériens, le cœur battait à droite ; la percussion, pratiquée à la manière de M. *Piorry*, indiquait que le foie occupait sa place normale.

On possède maintenant bon nombre d'exemples de fœtus dont les intestins semblaient situés hors de la cavité abdominale : mais il ne faut pas ici s'en laisser imposer par l'apparence ; on sait, en effet, que les parois abdominales ne se forment qu'assez long-temps après les intestins. S'il y a arrêt de leur développement, ces organes sembleront être placés hors de cette cavité. Mais, dans certaines circonstances, ils sont situés au-devant de ces parois développées d'une manière vicieuse, et formées derrière eux. On a déposé dans les collections de la Faculté un enfant dont le canal intestinal est renfermé dans la gaîne ombilicale.

Si l'on étudie le développement du canal intestinal aux différens âges de la vie fœtale, on voit que sa situation et ses rapports sont loin d'être les mêmes au commencement de la conception qu'à l'époque où le nouvel être sort du sein de sa mère. Selon *Meckel*, il n'y a d'abord qu'une très-petite portion de ses extrémités supérieure et inférieure qui se trouve dans la cavité abdominale ; le reste est enfermé dans la gaîne ombilicale ; mais vers le septième mois de la vie intra-utérine elles se retirent en arrière, commencent à devenir flexueuses, et se réunissent au-devant de l'ouverture ombilicale ; le cœcum se dirige en devant, mais bien loin derrière l'extrémité antérieure de l'intestin grêle.

Vers le milieu du troisième mois, le canal intestinal rentre entièrement dans la cavité du bas-ventre, où la partie inférieure de l'intestin grêle se glisse la dernière. Le colon n'est d'abord formé que

d'une seule portion perpendiculaire attachée par un long mésentère au milieu de la paroi postérieure du bas-ventre. Cette portion s'infléchit peu à peu de droite à gauche à son sommet, puis elle devient descendante à droite, de manière que c'est seulement vers la fin du quatrième mois que la jonction du gros intestin et de l'intestin grêle correspond à la région lombaire droite.

La situation de l'estomac diffère dans l'origine de celle que ce viscère affecte chez l'adulte, en ce qu'il est d'abord presque perpendiculaire; le duodénum s'en détache, pour se porter directement en bas et en devant, sans décrire aucune courbure. Ce n'est que quand le foie diminue de volume, et quand les intestins rentrent dans l'abdomen, qu'on voit l'estomac et le duodénum changer peu à peu de situation, pour prendre celle qu'ils doivent conserver toujours.

Vices de situation. (1re. classe.)

Toutes les parties du canal intestinal peuvent s'échapper par les ouvertures normales de l'enceinte abdominale, ou par des solutions de continuité accidentelles. Celle qui fait le plus souvent hernie est l'intestin grêle; on en trouve facilement le motif dans sa position rapprochée de ces ouvertures, et dans la laxité du frein qui le suspend. La hernie du gros intestin est plus rare; j'en ai vu dernièrement un exemple chez un malheureux assassiné par un coup de couteau porté à la partie antérieure moyenne et supérieure de l'abdomen, et qui succomba quelques instans après avoir été admis à l'hôpital de la Charité. L'arc du colon s'était engagé entre les lèvres de la solution de continuité.

Les rapports nouveaux que l'intestin contracte chez l'homme, dans la hernie inguinale, sont, de dedans en dehors, le sac herniaire qui contient ordinairement de la sérosité, assez considérable dans quelques circonstances pour que des chirurgiens peu attentifs aient pris une hernie pour une hydrocèle, et qu'ils aient injecté des liquides irritans dans la cavité péritonéale. Dans

d'autres circonstances elle en est dépourvue, et médiatement le tissu cellulaire sous-jacent, le muscle crémaster, un canal fibrocellulaire né de la circonférence de l'anneau, le tissu cellulaire sous-cutané, la peau. Plusieurs auteurs prétendent que l'intestin déplacé a toujours un sac herniaire; d'autres pensent que, dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, le colon est dépourvu de mésentère, il peut former une hernie akystique : par sa partie postérieure, il correspond au cordon des vaisseaux spermatiques. Dans les hernies anciennes, les vaisseaux spermatiques, en raison de la grande distension qu'éprouve le sac herniaire, sont rejetés sur les côtés, ou même occupent sa partie antérieure. L'anneau inguinal est rempli par la portion d'intestin qui établit la communication entre l'intestin hernié et le reste du canal intestinal. Aussi, dans ces hernies volumineuses anciennes, avec engouement, comme on dit, la circulation des matières fécales continue à se faire; dans les cas d'étranglement, elle est impossible. L'artère épigastrique est placée au côté interne du collet du sac.

Dans la hernie inguinale, dite *interne*, l'intestin est médiatement en rapport avec le pilier externe de l'anneau qu'il soulève; l'artère épigastrique est placée à son côté externe; le cordon spermatique est aussi placé à son côté externe. *J.-L. Petit* et *Heister* ont observé des hernies dans lesquelles, par suite de la résistance de l'anneau inguinal, les viscères étaient restés dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Mais ce n'est là qu'un état temporaire; bientôt le déplacement augmente, et ils s'échappent par l'anneau inguinal.

Dans la hernie congénitale, les parties déplacées sont en contact avec le testicule, la tunique vaginale forme leur sac herniaire; aussi le célèbre professeur *Dupuytren* a-t-il nommé cette hernie *vaginale*. Les intestins finissent quelquefois par prendre la place du testicule, qui se trouve alors porté en arrière et en haut.

Observation d'une hernie congénitale réduite ; arrêt du testicule à l'anneau.

Au n°. 3 de la salle Sainte-Agnès, a été reçu, le 5 novembre 1829, un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, d'une assez bonne constitution, marchand de légumes qu'il traîne dans une charrette : il porte dans la région inguinale droite deux tumeurs, dont la supérieure et externe est molle, souple, circonscrite, et détermine par la pression une douleur semblable à celle qu'occasione le froissement du testicule ; l'autre tumeur, inférieure et interne, offre la sensation d'un liquide ; elle est formée par l'intestin entouré de sérosité. L'abdomen, quoique volumineux, laisse apercevoir, au travers de ses parois, l'intestin et ses circonvolutions distendues au-dessus de l'étranglement. (Bain, saignée de deux poëlettes). Le malade est amené à l'amphithéâtre ; on ne distingue plus les circonvolutions intestinales : il y a rémission des symptômes. (Lavemens émolliens, application de vingt sangsues à la base de la tumeur, cataplasme, bouillon aux herbes). M. le professeur *Dupuytren* se propose d'opérer ce soir ou demain matin, si les accidens se renouvellent. Le malade, qui avait dit d'abord n'avoir eu ni nausées, ni hoquets, ni vomissemens, convient maintenant qu'il en a éprouvé : il avait dit d'abord qu'il n'avait remarqué la tumeur que depuis un mois, à la suite d'un effort qu'il fit en traînant sa charrette, et n'avoir éprouvé qu'un frisson lorsqu'elle s'est étranglée ; il est convenu ensuite qu'il la portait depuis sa naissance. Le 6, les moyens prescrits avaient eu un plein succès : quelques pressions, répétées à deux ou trois reprises, avaient suffi pour la faire rentrer ; on n'avait pas entendu de gargouillement. Il rend, à la suite d'un lavement, quelques matières stercorales et beaucoup de gaz : on prescrit quelques cuillerées à café d'huile de ricin pour provoquer des selles ; quelques jours après le malade, muni d'un bandage inguinal, sort guéri.

Chez la femme, où la hernie inguinale est plus rare, le sac her-

niaire a les mêmes rapports avec le ligament rond qu'avec le cordon spermatique chez l'homme : chez elle il y a une enveloppe de moins, parce que le muscle crémaster n'existe pas. Lorsque la tumeur fait des progrès, elle pénètre dans l'épaisseur de la grande lèvre; chez les petites filles, l'existence du canal de *Nuck* permet quelquefois la formation d'une hernie assez analogue à la hernie congénitale.

Quand on n'a pas réclamé à temps les secours de l'art contre une hernie étranglée ou qu'elle a été méconnue, le malade succombe souvent à la violence des symptômes de l'étranglement; dans d'autres circonstances, la gangrène s'empare des viscères contenus dans le sac herniaire, et alors on remarque pendant quelques instans un calme bien trompeur : le malade n'éprouve plus que peu de douleurs dans la tumeur et dans le ventre; mais bientôt se manifeste le triste cortège de cette redoutable affection : la langueur des yeux, des sueurs froides sur les diverses régions du corps, le pouls petit, misérable; la hernie devient insensible, emphysémateuse; il y a quelquefois des déjections alvines très-fétides. La mort survient en peu de jours, si la gangrène s'étend dans l'abdomen; est-elle bornée, la peau prend une teinte livide; il s'y forme des ouvertures qui donnent issue à des gaz stercoraux, à des matières putrides; il s'établit un anus anormal.

Le célèbre *Scarpa* a décrit, avec la plus grande exactitude, le mécanisme admirable employé par la nature pour la guérison des anus anormaux. Les chirurgiens, brûlant de soustraire des hommes à cette dégoutante infirmité, ont proposé divers procédés opératoires; de nos jours, ils ont reçu de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu le plus haut degré de perfection auquel, ce semble, ils puissent atteindre.

Je n'ai à m'occuper ici que de la situation nouvelle et des rapports des deux bouts de l'intestin : ils ne s'abouchent pas ensemble après l'élimination des parties gangrénées; ils sont placés à côté l'un de l'autre, tantôt parallèlement, tantôt de manière à former un angle plus ou moins aigu; ils sont embrassés par la partie supérieure du

sac herniaire, auquel le savant professeur de Pavie a imposé le nom d'*entonnoir membraneux*. Si la perte de substances a été considérable, la juxta-position des parois intestinales forme une éminence que l'on a nommée *éperon*. Les bords épais, enfoncés, de la solution de continuité sont immédiatement continus avec la cavité de l'intestin.

Anus contre-nature, à la suite d'une hernie étranglée.

Un homme de soixante ans, qui paraissait avoir beaucoup maigri, entra à l'Hôtel-Dieu, le 6 janvier 1830, pour s'y faire traiter d'un anus anormal qui s'était manifesté à la suite d'une hernie étranglée qui ne fut pas opérée. Ses facultés intellectuelles paraissent anéanties par l'excès des souffrances et par l'épuisement que lui cause l'issue continuelles des matières excrémentitielles : il ne peut donner aucun renseignement sur sa maladie. M. *Dupuytren* apprend du médecin qui l'a soigné, que ce malade portait une tumeur qu'il a prise pour un abcès par congestion ; que le malade a éprouvé des nausées, des hoquets, des vomissemens. La hernie n'ayant pas été opérée, l'intestin s'est rompu ; des escharres se sont formées à la peau ; des gaz stercoraux, des matières bilieuses, stercorales, se sont échappées par plusieurs fistules qui existent à la partie moyenne de l'anneau inguinal, du côté gauche, et sur le côté interne de la cuisse. Le cloaque qui résulte des deux fistules est alimenté par le bout supérieur de l'intestin. L'abdomen est volumineux, tendu, dur, douloureux à la pression : on sent une tumeur formée par les intestins agglutinés, peut-être par l'épiploon. A chaque instant, coliques, mouvemens spasmodiques ; il sort par l'anus anormal des matières stercorales et bilieuses ; il ne sort rien par l'anus naturel : ces coliques tiennent à la difficulté qu'éprouve le bout supérieur de l'intestin à se débarrasser des matières stercorales. (Bain, large cataplasme sur le ventre ; matin et soir, demi-lavement émollient, boisson délayante. On fléchira les cuisses sur le bassin ; on placera

sous les jarrets un traversin enveloppé d'un drap ; on garnira le lit d'alèses.) Cet état paraît très-grave à M. le professeur *Dupuytren ;* il y a inflammation du péritoine du côté de l'anneau inguinal; la maigreur et l'exténuation sont extrêmes. Le 7, l'état général du malade est plus satisfaisant, cependant il ne sort rien par l'anus naturel; celui qui est contre-nature fournit des matières verdâtres, des mucosités intestinales, des alimens à demi-digérés : la peau décollée et le tissu cellulaire gangréné ont été entraînés; les facultés intellectuelles se sont relevées; la tumeur du ventre est moins considérable ; il y a eu un peu de sommeil et quelque appétit. M. *Dupuytren* lui accorde un peu de riz délayé dans l'eau, par cuillerées. Du 9 au 15, époque à laquelle d'autres occupations ne m'ont plus permis de suivre ce malade, il a éprouvé moins de coliques et d'épreintes ; il s'est plaint quelquefois de picotemens dans les pieds ; d'ailleurs, les matières passaient entièrement par l'anus anormal.

La hernie crurale est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme ; elle est souvent formée par l'intestin grêle, quelquefois par le colon, le cœcum; les rapports médiats des viscères sont, de dedans en dehors, le tissu cellulaire extérieur au péritoine, quelquefois le *fascia propria*, le *fascia superficialis*, le tissu cellulaire sous-cutané, la peau. Le col du sac herniaire répond, en avant, à l'arcade crurale ; postérieurement, au pubis ; son côté externe, à la veine iliaque; l'interne, au ligament de *Gimbernat.* A son côté externe est l'artère épigastrique, l'artère et les veines spermatiques passent devant le sommet du col ; si l'artère obturatrice naît de l'épigastrique, elle peut passer au côté interne en se rendant au trou obturateur. Chez la femme, les rapports du col du sac herniaire avec le ligament rond de l'utérus sont les mêmes que ceux du cordon spermatique chez l'homme.

Les rapports nouveaux que contractent les viscères dans la hernie ombilicale, ventrale, sont simples ; je crois inutile de les décrire ici.

Dans la hernie du trou ovalaire, les intestins, enveloppés du sac herniaire, sont placés entre les muscles pectiné, premier et second

adducteurs et droit interne ; le nerf et les vaisseaux obturateurs sont situés à leur partie postérieure.

La hernie ischiatique se manifeste à la partie postérieure et inférieure du bassin, à l'endroit où la cessation brusque du grand fessier forme ce qu'on appelle le *pli de la fesse.* Papen l'a vue descendre jusqu'au jarret. Dans la hernie vaginale, les intestins ne sont recouverts que par la paroi postérieure du vagin, antérieurement. Dans la hernie du périnée, l'intestin grêle, qui la forme ordinairement, descend entre l'intestin rectum et la vessie, s'insinue entre les fibres du releveur de l'anus ou entre ce muscle et le sphincter, et vient former une tumeur sur l'un des côtés du rectum.

Les viscères contenus dans l'abdomen peuvent passer dans la poitrine par une des ouvertures naturelles de cette cloison musculeuse ou par une solution de continuité accidentelle faite à ce muscle par un instrument vulnérant, soit enfin à travers l'éraillement survenu entre ses fibres.

Observations de hernies diaphragmatiques (Ambroise Paré, livre 9, chapitre 32).

« Les signes qui démonstrent le diaphragme estre blessé, sont pesanteur au lieu blessé, délire, c'est-à-dire perturbation de raison, qui se fait par la communication des nerfs de la sixiesme conjugation qui s'insèrent au diaphragme; grande difficulté d'halener, toux et douleurs aiguës; les flancs se retirent et resserrent contremont, et, par ceste grande et véhémente inspiration, est quelquefois attiré l'estomach et intestins par la playe en la capacité du thorax, ce que j'ay remarqué à deux personnes. L'un estoit ayde à maçon, lequel fut blessé au milieu du diaphragme, en sa partie nerveuse, dont il mourut le troisiesme jour; et lui ayant ouvert le ventre inférieur, ne peu trouuer son estomach, ce qui me fit grandement esmerveiller, pensant que ce fust une chose monstrueuse d'estre sans estomach; mais ayant diligemment considéré, cogneus enfin qu'il estait monté dans

le thorax, iaçoit que la playe du diaphragme ne fut plus grande qu'à mettre le poulce, et ayant ouvert le thorax, trouvay le dit estomach enflé et plein de vent avecques peu d'aquosité. D'abondant je ne veux obmettre ceste histoire aduuenue depuis peu de temps, d'un capitaine nommé François d'Alon, natif de Xaintonge, lequel estant à la suite de monsieur de Biron, grand maistre de l'artillerie de France, reçeut, deuant La Rochelle, un coup d'arquebuse, dont l'entrée estoit à la fin du sternum près le cartilage scutiforme, passant au travers du diaphragme en sa partie charneuse, dont la sortie estoit entre la cinq et la sixiesme des costes vrayes du costé gauche, duquel coup sa playe fut bien consolidée par dehors; toutesfois il lui restoit tousiours une débilité d'estomach, comme une espèce de collique, à raison de quoy il n'osoit soupirer que bien légèrement. Huict mois après luy suruient une grande douleur au petit ventre, comme une collique, et fut secouru bien soigneusement par monsieur *Malmedy*, docteur regent en la Faculté de médecine et lecteur du Roy, et monsieur *Du Val*, pareillement docteur en la Faculté de médecine, hommes sçauants en la médecine et chirurgie; néantmoins quelques remèdes qu'on y peut administrer, mourut, et fus d'advis l'anatomiser, pour sçauoir la cause de sa mort et des grandes douleurs qu'il sentoit pendant la maladie; ce qui fut fait par *Iacques Guillemeau*, chirurgien du Roy et iuré à Paris, grandement versé en l'anatomie et ès autres parties de la chirurgie, et fut trouué en la capacité du thorax une grande partie de l'intestin colon remply de vents, qui estoit entré par le trou du diaphragme fait par la blesseure; toutesfois n'estoit le dit trou suffisant qu'à mettre le bout du petit doigt. »

Morgagni cite, dans son immortel ouvrage, plusieurs exemples de hernies diaphragmatiques, entre autres celle d'un malade dont *Platner* a décrit l'histoire, et chez lequel une portion du colon et une grande partie de l'épiploon passèrent dans la poitrine par l'endroit que traverse un des nerfs intercostaux; et celle d'un habitant de la campagne, chez lequel une portion assez considérable du colon était entrée dans la poitrine par l'ouverture située derrière le cartilage xy-

phoïde. *Littre* a cité celle d'un chien dont l'estomac était passé dans la poitrine par le trou qui livre passage à l'œsophage; et *Peyer* celle d'une brebis dont l'un des estomacs, chassé du ventre par une ouverture transversale de plus d'un palme, qui se trouvait dans la partie charnue supérieure du diaphragme, laquelle avait été rompue par l'énorme distension de ce viscère.

Le rectum est assez souvent dévié de sa position normale : ainsi, au lieu de se terminer à l'anus, on l'a vu s'ouvrir dans la vessie, dans le vagin, quelquefois à la paroi antérieure de l'abdomen. M. le professeur *Cruveilhier* a cité un cas bien remarquable : il s'ouvrait au-dessous du gland, à travers un canal creusé dans l'épaisseur du raphé scrotal.

Vices de situation. (2e. classe.)

Les ouvertures de cadavres prouvent que de toutes les parties du canal intestinal c'est le colon transverse qui est le plus fréquemment dévié de sa situation ordinaire : ainsi tantôt il passe au-devant de l'estomac, comme j'en ai vu un remarquable exemple à la Charité, pendant que M. le professeur *Andral* remplaçait un des médecins de cet hôpital; on aurait pu croire, par le relief qui le traduisait au-dehors, que l'on avait affaire à une tumeur de l'estomac. Tantôt il est recouvert par le ventricule, d'autres fois il s'approche des pubis.

Les fonctions physiologiques dont le tube digestif est le siége, les affections pathologiques des viscères contenus comme lui dans l'enceinte abdominale, modifient sa situation.

Et d'abord, comme le fait observer le savant et vénérable professeur *Boyer*, la direction de l'estomac n'est pas la même dans le cadavre et dans l'homme vivant : dans le cadavre, lorsque l'abdomen est ouvert, l'estomac est dirigé perpendiculairement; en sorte que l'œsophage semble faire un même plan avec sa face supérieure, et que le pylore est tourné presque directement en haut. La face supérieure est antérieure, la grande courbure est inférieure, la grosse extrémité est supérieure et la petite inférieure. Dans l'homme vivant, les in-

testins, soutenus par la paroi antérieure du ventre, repoussent l'estomac, dont toutes les parties prennent la direction que nous leur avons assignée plus haut.

Dans la digestion, la grande courbure du ventricule s'élève et devient antérieure; sa petite courbure s'abaisse et devient postérieure; l'une de ses faces se tourne presque directement en haut, et l'autre en bas; l'œsophage regarde en haut, le pylore en arrière. L'estomac dépasse alors plus ou moins le rebord cartilagineux des côtes, et répond à la paroi antérieure de l'abdomen. On peut sur le cadavre produire le même effet, en insufflant de l'air dans l'estomac ou en le remplissant d'eau.

Dans la grossesse, l'utérus, distendu par le produit de la conception, refoule en haut la masse des intestins grêles; d'autres fois ils sont déjetés vers les régions lombaires; les anses les plus déclives de l'iléon s'engagent quelquefois entre le vagin et le rectum; ce dernier organe est comprimé dans sa partie supérieure par la paroi postérieure de l'organe, ce qui explique la constipation à laquelle sont sujettes les femmes enceintes.

Un des vices de situation les plus extraordinaires est celui qu'a cité M. le docteur *Blandin :* chez un sujet mort avec les phénomènes de l'étranglement, il a vu que l'intestin grêle s'était introduit par l'hiatus de *Winslow*, et était sorti en partie par une ouverture anormalement établie à la partie antérieure de l'arrière cavité des épiploons.

Vice de situation par suite d'une tumeur énorme de la rate.

Une femme de près de quarante ans, qui avait souvent éprouvé des fièvres intermittentes, fut admise à la Clinique dans le mois de janvier 1830. On remarqua une tumeur qui de l'hypochondre gauche se portait près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et transversalement dépassait la ligne médiane de l'abdomen. M. le professeur *Chomel* reconnut qu'elle était formée par la rate. Cette malade fut attaquée d'une dysenterie, que les soins les plus méthodiques ne

purent pas réprimer ; elle succomba. L'autopsie en fut faite le 3 février.

La peau offre un aspect terreux ; la face porte l'empreinte de la douleur. On enlève la paroi antérieure de l'abdomen ; la partie supérieure de cette cavité est, pour ainsi dire, remplie par la rate et par le foie ; l'estomac, refoulé de gauche à droite par la rate, et de haut en bas par le foie, s'étend depuis l'hypochondre gauche jusque vers la fosse iliaque droite ; son extrémité pylorique se relève, pour se continuer avec le duodénum ; sa partie moyenne est plus rétrécie que ces deux extrémités ; l'arc du colon, sa portion ascendante et sa portion lombaire gauche, très-rétrécis, sont placés presque transversalement et un peu au-dessus du pubis, en avant et au-dessus de l'intestin grêle, qui est refoulé dans le petit bassin ; l'S iliaque du colon contourne d'avant en arrière et de droite à gauche la partie inférieure de la tumeur formée par la rate, pour se continuer avec le rectum. Mesurée dans son diamètre vertical, la rate offre une longueur de onze pouces ; son diamètre transversal offrait cinq pouces. Elle était, à l'extérieur, d'une belle couleur violette ; sa section présentait un tissu semblable à celui d'un foie malade où dominerait l'élément jaune.

Vice de situation par suite d'une tumeur du foie.

Une femme âgée de cinquante ans, d'une assez bonne constitution, entra à la Clinique le 9 février 1830, pour s'y faire traiter d'une pneumonie, dont on obtint la résolution par les émissions sanguines et les dérivatifs. Mais elle fut prise ensuite d'une diarrhée abondante, contre laquelle échouèrent les ressources de l'art ; elle succomba. On avait remarqué un peu au-dessus des pubis une tumeur formant un relief assez considérable ; le foie débordait évidemment le rebord cartilagineux des côtes.

Autopsie. Cadavre de quatre pieds huit pouces environ, amaigri. Le foie présente la couleur blonde des poumons des animaux qui n'ont pas respiré, sa face supérieure est devenue antérieure ; le bord anté-

rieur descend au-dessous du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; ce viscère est d'ailleurs fortement dévié de dehors en dedans. L'estomac est placé obliquement dans l'hypochondre gauche ; son extrémité pylorique se trouve au niveau de l'ombilic ; le duodénum présente une dilatation assez considérable ; l'arc du colon, dont le diamètre est sensiblement diminué, est refoulé dans le petit bassin.

Vice de situation du colon transverse.

Une femme âgée d'environ quarante-cinq ans, atteinte d'une pneumontie droite, fut admise à la clinique le 12 mars 1830. Son affection fut d'abord combattue par les émissions sanguines, puis par le tartre stibié. Elle succomba le 24 mars.

Autopsie. Cadavre de quatre pieds six pouces environ, roideur cadavérique médiocre. On remarque, un peu au-dessus des os pubis, une tumeur semi-lunaire, à convexité inférieure, occupant l'espace compris entre les deux bords antérieurs des os coxaux, descendant, dans sa partie la plus déclive, au-dessous du niveau des pubis. Le lobe gauche du foie se prolonge dans l'hypochondre gauche jusque vers l'orifice cardiaque ; le ventricule, distendu par des gaz, offre la position cadavérique ordinaire ; l'arc du colon, également boursoufflé, forme une anse à convexité inférieure qui, dans sa partie la plus déclive, descend au-dessous du niveau des pubis. Les intestins grêles sont en grande partie refoulés dans le petit bassin.

Vice de situation reconnaissant pour cause une tumeur énorme du rein.
(Traité des maladies chirurgicales de M. le professeur *Boyer*, t. VIII, pag. 475.)

Un homme, âgé de soixante-deux ans, d'un tempérament bilieux, portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse, oblongue et recourbée sur elle-même de manière que la concavité était en haut et la convexité en bas. Cette tumeur s'étendait de l'hypochondre

droit dans la région iliaque gauche ; elle semblait formée par plusieurs autres tumeurs , dont deux surtout , la plus élevée et la plus basse , étaient remarquables. La première semblait sortir de dessous les fausses côtes , occuper la région rénale droite , et se porter de là vers l'ombilic, en se confondant avec le reste de l'éminence. La deuxième, située dans la région iliaque gauche , offrait beaucoup de dureté ; la première tumeur, au contraire , et la partie moyenne de l'éminence cédaient beaucoup plus facilement à la pression , et présentaient une sorte de fluctuation. Ce malade faisait remonter l'invasion de son mal à l'âge de treize à quatorze ans , époque à laquelle il avait reçu un violent coup de bâton dans le flanc droit. A partir de ce moment , il avait éprouvé des douleurs qui augmentaient lorsqu'il travaillait , et qui furent beaucoup accrues par une chute qu'il fit à l'âge de quarante-deux ans. Leur intensité devint telle , qu'il fut obligé de cesser tout travail. Il entra à la Charité : le professeur *Corvisart* reconnut une tumeur du rein , et prévoyant que l'art ne pouvait rien contre une désorganisation aussi profonde , il se contenta de prescrire les apéritifs et les calmans opiacés, dont le malade fit usage jusqu'à sa mort, qui arriva deux mois et demi après son entrée à l'hôpital. A l'ouverture du corps , on trouva dans l'abdomen une tumeur énorme , inégalement bosselée , qui remplissait tout le côté droit de cette cavité et une grande partie du gauche. Elle repoussait en haut le foie , l'estomac et une partie des intestins ; tandis que le reste du canal intestinal se trouvait au-dessous et derrière la tumeur, dont l'extrémité inférieure était placée dans la fosse iliaque gauche, et obstruait presque complètement le détroit supérieur du bassin. L'arc du colon la croisait à sa partie moyenne et antérieure , et passait au-devant d'elle. La tumeur était formée par le rein, dont elle conservait encore la forme primitive, mais elle avait trente ou quarante fois le volume de cet organe.

Vice de situation par suite d'une tumeur enkystée de l'ovaire.

Une femme âgée, couturière, portant dans l'abdomen une tumeur volumineuse qui s'étendait du flanc gauche au flanc droit, dont la peau offrait une couleur jaune-paille, et qui était extrêmement maigre, fut admise à la clinique dans le mois de février. L'origine de la tumeur remontait à six ans, lors de son entrée à l'hôpital. La menstruation ne fut presque pas troublée d'abord : deux ans après, la tumeur fit des progrès rapides; depuis six mois, elle était devenue très-volumineuse. A son entrée, le toucher faisait reconnaître une tumeur considérable formée de trois lobes adossés les uns aux autres, dont le moyen était un peu moins volumineux que les deux autres. La dyspnée devint de jour en jour plus considérale ; elle éprouva des vomissemens bilieux et des alternatives de diarrhée et de constipation ; les veines sous-cutanées de la partie latérale droite du tronc devinrent variqueuses ; au milieu de ces accidens, la malade succomba.

Autopsie. L'estomac, les intestins, et surtout le cœcum et le colon, étaient énormément distendus par des gaz ; le diaphragme était refoulé en haut à tel point que les poumons descendaient à peine au niveau de la cinquième côte. La tumeur était très-volumineuse, du poids de trois livres et demie ; elle prenait naissance de l'ovaire gauche, et comprimait fortement une portion du colon descendant. Les trompes de *Fallope*, épaissies, distendues, se portaient vers chaque fosse iliaque, et partageaient la cavité pelvienne en deux parties, dans lesquelles on trouvait en avant la tumeur qui comprimait tellement la vessie et l'utérus, que ces deux organes étaient aplatis et amincis ; en arrière on trouvait le rectum et la portion du colon engagés sous la tumeur. L'estomac et les intestins grêles étaient fortement refoulés de bas en haut et de gauche à droite.

Dans l'hydropisie ascite, les intestins sont refoulés par la sérosité sur les parties latérales du rachis et vers le diaphragme.

SECTION III.

Quelles sont les modifications de l'entérotaxie normale qui peuvent se concilier avec l'exercice de la vie? Quelles sont celles avec lesquelles elle est incompatible?

De légères modifications dans la position normale des intestins, tels que l'abaissement modéré de l'arc du colon, et par conséquent le tiraillement du mésocolon transverse, peuvent occasioner au malade des coliques, et retarder le cours des matières fécales. La transposition complète des viscères abdominaux ne me paraît pas devoir apporter d'obstacle à l'accomplissement des actes physiologiques. Dans les vices de situation qui reconnaissent pour cause une tumeur du foie, de la rate, etc., la pression qu'éprouvent les intestins pervertit la digestion, occasione de la diarrhée, des vomissemens, et contribue puissamment à une terminaison funeste, déjà trop assurée par l'altération profonde que la texture des organes a subie. Mais c'est surtout dans les hernies étranglées qu'on voit apparaître ces accidens formidables qui tuent en quelques heures. Qui n'a pas été frappé, en observant un malade en proie à ces cruelles angoisses, de l'altération profonde empreinte sur sa figure? Avec quelles instances il réclame l'opération qui doit conserver un homme à la société, un mari, un père à une famille éplorée? L'homme de l'art accourt; l'acier, dirigé avec une sage lenteur, détruit la cause de toutes ces douleurs; bientôt les souffrances s'apaisent, et l'infortuné renaît à l'espoir et à la vie.

Je termine ici cet essai. Bientôt les devoirs de mon nouvel état vont réclamer tous mes instans; là se bornent mes projets, mes pensées, mes travaux. Puissé-je remplir dignement la tâche que mon choix m'a imposée, et pouvoir, en approchant du terme de ma carrière, jouir du sentiment consolateur d'avoir acquitté, en partie, la dette que tout homme en naissant contracte envers la société!

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Febricitanti sudor superveniens, febre non remittente, malum. Prolongatur enim morbus, et copiosiorem humiditatem indicat. *Sect.* 4, *aph* 56.

II.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Sect.* 2, *aph,* 33.

III.

Quibus in urinâ crassâ existente furfuracea simul minguntur, iis vesica scabie laborat. *Sect.* 4, *aph.* 77.

IV.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluat, periculum ne abortiat. *Sect.* 5, *aph.* 37.

V.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.